

دکتر مهدی عالم رجبی - مقایسه شیوع عوارض پس از ...

مقایسه شیوع عوارض پس از عمل جراحی به کمک فلپ لیمبرگ در بیماران مبتلا به آبسه پیلونیدال و سینوس پیلونیدال ۱۳۸۷-۱۳۹۰

دکتر مهدی عالم رجبی*، دکتر رسول عزیزی**

چکیده:

زمینه و هدف: علیرغم تکنیک‌های مختلف شرح داده شده برای درمان بیماری سینوس پیلونیدال، جراحان در مورد روش درمان آبسه پیلونیدال بر روی انسزیون و درناژ اولیه اتفاق نظر دارند. هدف این مطالعه ارزیابی بلند مدت بیماران با آبسه و سینوس پیلونیدال است که تحت عمل جراحی رزکسیون و ترمیم با فلپ لیمبرگ قرار گرفته‌اند.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی تحلیلی ۸۱ بیمار مبتلا به آبسه و سینوس پیلونیدال در طی دوره زمانی ۳ ساله تحت عمل جراحی رزکسیون و ترمیم محل با فلپ لیمبرگ قرار گرفته‌اند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون کای ۲ مورد بررسی قرار گرفت و سطح معنی‌دار در تمامی آزمون‌ها مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در میان بیماران مورد مطالعه ۲۱ مورد مبتلا به آبسه (۲۶٪) و ۶۰ مورد سینوس پیلونیدال (۷۴٪) بودند. از میان عوارض زودرس، هماتوم در دو بیمار (۲/۴٪) و عفونت محل عمل در ۳ بیمار (۵٪) گروه سینوس پیلونیدال بدون آبسه و ۲ مورد عفونت در گروه آبسه پیلونیدال مشاهده شد. بی‌حسی در محل عمل جراحی به عنوان تنها عارضه بلند مدت در ۱۲ بیمار (۱۵٪) گروه اول و ۴ بیمار (۱۹٪) گروه دوم یافت شد که شیوع عوارض در دو گروه هیچگونه اختلاف آماری معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: انجام روش فلپ لیمبرگ در بیماران با آبسه پیلونیدال تفاوتی با بیماران بدون آبسه ندارد.

واژه‌های کلیدی: آبسه، پیلونیدال، لیمبرگ

زمینه و هدف

است.^۱ طبق آمار موجود، شیوع آن در مردان ۳ برابر زنان است.^۲ روش‌های درمانی متعددی جهت درمان این بیماری طی سالیان، معرفی شده که البته هیچ کدام مورد اجماع قطعی قرار

بیماری پیلونیدال به عنوان عفونت و التهاب حاد یا مزمن ناحیه اینترگلوتئال با شیوعی حدود ۲۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، به عنوان یکی از بیماری‌های شایع افراد جوان شناخته شده

نویسنده پاسخگو: دکتر رسول عزیزی

تلفن: ۶۶۵۱۶۰۱۲

E-mail: razizimd@hotmail.com

* استادیار بخش جراحی کولورکتال، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان فیروزگر

** دانشیار بخش جراحی کولورکتال، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۰۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۶

بدون دریافت آنتی‌بیوتیک مرخص شده و با فاصله ۱ هفته، ۲ هفته، ۱ ماه، ۲ ماه و سپس هر ۶ ماه پس از عمل جراحی مجدداً مورد معاینه قرار گرفته و سپس از لحاظ شیوع عوارض زود هنگام (قبل از سه ماه) شامل عفونت همتوم و باز شدن بخیه‌ها و همچنین عوارض دیررس (بعد از سه ماه) شامل عود خارش سوزش محل بی‌حسی و اسکار عمل جراحی مورد مطالعه قرار گرفتند. درن در هفته اول و بخیه‌ها در هفته دوم کشیده شدند. بیماران با آبسه پیلونیدال در گروه اول و بیماران بدون آبسه در گروه دوم قرار گرفتند.

نتایج معاینات و داده‌های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. روش‌های آماری به کار گرفته برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی مانند تعداد، درصد، میانگین، انحراف معیار و استفاده از آزمون کای دو جهت مقایسه شیوع عوارض زود هنگام و دیر هنگام در گروه‌های مورد مطالعه بود. سطح معنی‌دار در تمامی آزمون‌ها، مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از میان بیماران مورد مطالعه ۶۶ نفر (۸۲٪) مرد و ۱۵ نفر (۱۸٪) زن بودند که شیوع بیماری در مردان را ۴/۴ برابر زنان نشان می‌داد و میانگین سن بیماران $25/12 \pm 8/2$ سال بود.

۴۰ بیمار (۴۹٪) از ترشحات چرکی پیش از عمل جراحی، ۲۳ نفر (۲۸٪) از درد و ۱۸ نفر (۲۲٪) از درد و ترشح چرکی قبل از عمل شاکی بودند. بر اساس مدت زمان شروع علائم بیمار تا لحظه مراجعه، ۲۳ بیمار (۲۸٪) چند روز قبل، ۲۲ بیمار (۲۷٪) چند ماه قبل و ۳۶ بیمار (۴۴٪) وجود بیماری را حداقل در طی یک سال گذشته ذکر کردند.

۲۱ نفر (۲۶٪) از بیماران مبتلا به آبسه پیلونیدال و ۶۰ نفر (۷۴٪) مبتلا به سینوس پیلونیدال بودند. متوسط پیگیری و مراجعه بیماران 16 ± 1 ماه بوده است.

از میان عوارض زودرس، همتوم در ۲ بیمار (۲/۴٪) و عفونت محل عمل در ۳ بیمار (۵٪) گروه آبسه پیلونیدال و ۲ مورد (۹/۵٪) عفونت در گروه بدون آبسه پیلونیدال مشاهده شد که در بررسی‌های آماری، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P > 0.05$). در میان عوارض دیررس نیز بی‌حسی محل عمل در ۱۲ بیمار (۱۵٪) گروه اول و ۴ بیمار (۱۹٪) گروه دوم دیده شد که باز هم اختلاف معنی‌دار آماری نبود ($P > 0.05$).

نگرفته است.^۴ ولی آنچه مسلم است اغلب جراحان در مواجهه با مورد حاد یا آبسه این بیماری روش انسزیون و درناژ را ترجیح می‌دهند.

اخیراً استفاده از روش فلپ لیمبرگ جهت پوشاندن نقص پوستی حاصل از عمل جراحی در این بیماری به دلیل میزان عود پایین آن، مورد توجه قرار گرفته است.^۵ هر چند شکایت بیماران از ظاهر اسکار محل عمل جراحی از جنبه‌های منفی این روش درمانی می‌باشد.^۶

نویسندگان مقاله در مطالعه قبلی انجام شده اثرات و عوارض میان مدت استفاده از روش فلپ لیمبرگ را بر روی بیماران مبتلا به سینوس پیلونیدال مورد ارزیابی قرار داده بودند.^۷ در نتایج حاصل آن مطالعه، میزان عود صفر درصد و عفونت محل عمل ۲/۶ درصد گزارش شد. حدود ۲۶ درصد بیماران از بی‌حسی محل عمل شاکی بودند و به دلیل مسائل فرهنگی و نوع پوشش مردم ما، نارضایتی از اسکار محل عمل جراحی، چندان مورد توجه بیماران نبود.

با توجه به نتایج مثبت مطالعه قبل، تحقیق پیش رو در جهت تعیین عوارض طولانی مدت استفاده از این روش درمانی در بیماران مبتلا به آبسه پیلونیدال و مقایسه آن با بیماران مبتلا به سینوس پیلونیدال می‌باشد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی تحلیلی، ۸۱ بیمار مبتلا به آبسه یا سینوس پیلونیدال در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۰، که سن آنان بین ۱۵ تا ۶۵ سال بود و به بیمارستان‌های پارس و حضرت رسول اکرم (ص) تهران مراجعه کرده بودند، پس از اخذ رضایت‌نامه عمل جراحی تحت عمل جراحی رزکسیون کامل ناحیه سینوس یا آبسه و ترمیم اولیه محل نقص پوستی با کمک فلپ لیمبرگ قرار گرفتند. بیماران با سابقه بیماری‌های زمینه‌ای از طرح حذف گردیدند.

برای بیماران بر اساس تصمیم خود و متخصص بیهوشی، بیهوشی عمومی و یا بی‌حسی اسپینال انجام شد. پس از تزریق آنتی‌بیوتیک پروفیلکسی، عمل جراحی تحت شرایط آسپتیک کامل انجام شد. پس از رزکسیون کامل ناحیه بیمار، شستشوی کامل محل انجام می‌گرفت و سپس ناحیه عمل شده با روش فلپ لیمبرگ پوشانده شد. در مورد ۱۱ نفر از بیماران از روش فلپ مدیفیه لیمبرگ استفاده شد. در انتها یک درن هموواک جهت تخلیه ترشحات در زیر محل فلپ قرار داده شده و فلپ با کمک نخ نایلون، بخیه شد. بیماران روز بعد از عمل جراحی

بحث

اتیولوژی و پاتوژنز بیماری سینوس پیلونیدال به طور دقیق مشخص نمی‌باشد.^{۹،۸} ولی به دلیل شیوع بالای آن در میان قشر جوان جامعه که باعث درگیری آنان و لطمه به زندگی و کار آنان می‌گردد، مطالعات متعددی درباره روش‌های مختلف درمان آن انجام شده است. با این حال هرچند که روش‌های مختلف برای درمان این بیماری پیشنهاد شده ولی اغلب جراحان در مورد مواجهه با آبسه پیلونیدال بهترین راه را انسزیون و درناژ ضایعه می‌دانند. به عنوان مثال Web و همکارانش اثر درناژ آبسه پیلونیدال از خط وسط را با درناژ آبسه از کنار ضایعه بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که سرعت بهبود زخم در انسزیون خط وسط بهتر است.^{۱۰}

در یک مطالعه دیگر حسینی و همکاران به مقایسه نتایج عمل جراحی آبسه پیلونیدال به روش تخلیه ابتدایی آبسه، عمل جراحی تأخیری پس از ۳ هفته و ترمیم زخم با روش انسزیون اولیه و بازگذاری محل زخم پرداختند.^{۱۱} در ارزیابی یک ساله آنان ۱۴٪ بیماران عمل شده با روش اول دچار عود شدند. حال آنکه در بررسی ما بیماران هم از مزایای انجام عمل جراحی در یک مرحله بهره‌مند شدند و هم اینکه هیچگونه عودی مشاهده نشد.

در یک مطالعه دیگر که توسط واحدیان و همکارانش صورت گرفت، ۱۵۰ بیمار با آبسه پیلونیدال به صورت راندوم تحت عمل جراحی تخلیه آبسه به کمک انسزیون ساده و یا تخلیه و کورتاژ قرار گرفتند.^{۱۲} میزان عود به صورت مشخص در گروه تخلیه ساده با ۴۲٪ بیش از گروه کورتاژ با ۱۱٪ بود. ضمن

اینکه ۱۶ بیمار گروه اول و ۳ بیمار گروه دوم هیچگاه بهبودی پیدا نکردند.

درباره نقش ترمیم اولیه در بیماران آبسه پیلونیدال Ommer و همکارانش نیز بررسی‌هایی انجام داده‌اند.^{۱۳} آنان ۱۴ بیمار با سینوس ساده، ۱۸ بیمار با ترشح از سینوس و ۱۳ بیمار با آبسه را تحت عمل جراحی قرار دادند و در ۱۳ بیمار مبتلا به سینوس و ۸ بیمار مبتلا به آبسه، عمل جراحی رزکسیون و ترمیم اولیه انجام شد. نتیجه اینکه ۴۲٪ بیماران دچار عود مجدد گشتند. هرچند درد و متوسط روزهای کار از دست رفته در این گروه بسیار کمتر از گروهی بود که زخم آنان باز گذاشته شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه بیماری پیلونیدال یک بیماری مزمن می‌باشد، دست یافتن به روشی که میزان عود و ناراحتی پس از عمل کمتری داشته باشد، می‌تواند ایده‌آل باشد. با توجه به تحقیق پیش رو و مطالعه قبلی انجام شده استفاده از فلپ لیمبرگ در این بیماران، حتی در موارد وجود آبسه همزمان، با هیچ گونه عودی همراه نبوده است و از لحاظ آماری شیوع عوارض در گروه‌های بدون آبسه و همراه با آبسه برابر است. تنها نکته منفی این روش شیوع نسبتاً زیاد پارستزی در محل عمل جراحی است. ضمن اینکه به دلیل مسائل فرهنگی و نوع پوشش مردم در ایران نارضایتی از اسکار محل عمل جراحی، چندان مورد توجه بیماران نمی‌باشد.

Abstract:

**Comparison between Prevalence of Complications after using
Limberg Flap in Patients with Pilonidal Abscess and
Patients with Pilonidal Sinus during 2008-2011**

Alemrajabi. M. MD^{}, Azizi R. MD^{**}*

(Received: 17 July 2013

Accepted: 5 Feb 2014)

Introduction & Objective: There is common view that the appropriate therapy for pilonidal abscess is simple incision and drainage. Our study aimed to investigate the surgical outcomes of limberg flap among patients with pilonidal abscess and its comparison with the cases of pilonidal sinus.

Materials & Methods: We studied patients with pilonidal sinus and pilonidal abscess to evaluate the results of surgery, postoperative outcomes and further complications along with the recurrence rate. Hence, 81 patients were enrolled in our study from 2008 to 2011. All the patients were treated by limberg flap.

Results: Of 81 patients with pilonidal disease, 60 patients had only sinus while 21 cases developed infected abscess. In the sinus group, 2 cases (2.4%) developed hematoma, 3 cases (5%) surgical site infections, and 12 (15%) surgical site numbness. In the abscess group, 2 of the cases (9.5%) had surgical site infection and 4 cases (19%) developed numbness.

Conclusions: Performing Limberg flap procedure for the case of patients with pilonidal abscess leads to the same results as the case of patients with pilonidal sinus.

Key Words: Flap, Pilonidal, Abscess

^{*} Assistant Professor of Colorectal Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Firozgar Hospital, Tehran, Iran

^{**} Associate Professor of Colorectal Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Hazrat Rasoul Hospital, Tehran, Iran

References:

1. S oendena K, Andersen E, Nesvik I, S reide J. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 39-42.
2. Harlak A, Menten O, Kilic S, al. e. Sacrococcygeal pilonidal disease: analysis of previously proposed risk factors. *Clinics (Sao Paulo)* 2010; 65: 125-31.
3. Akinci O, Bozer M, Uzunk y A, Du  zgu  n S, Cokun A. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg* 1999; 165(4): 339-42.
4. Shabbir J, Chaudhary BN, Britton DC. Management of sacrococcygeal pilonidal sinus disease: a snapshot of current practice. *Int J Colorectal Dis* 2011; 26: 1619-20.
5. Schoeller T, Wechselberger G, Otto A, Papp C. Definite surgical treatment of complicated recurrent pilonidal disease with a modified fasciocutaneous V-Y advancement flap. *Surgery* 1997; 121: 258-63.
6. Kaya B, Eris C, Atalay S, Bat O, Bulut NE, Mantoglu B, Karabulut K. Modified Limberg transposition flap in the treatment of pilonidal sinus disease. *Tech Coloproctol* 2012; 16: 55-9.
7. Azizi R, Alemrajabi M, Pezhoman A (2009) Medium term follow up of the surgical complication of limberg flap technique in pilonidal sinus operation. *Iran J Surg* 16(3): 45-50.
8. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol* 2003; 7: 3-8.
9. Da Silva J. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(8): 1146-56.
10. Webb PM, Wysocki AP. Does pilonidal abscess heal quicker with off-midline incision and drainage? *Tech Coloproctol* 2011; 15: 179-83.
11. Hosseini S, Bananzadeh A, Rivaz M, Sabet B, Mosallae M, Pourahmad S, Yarmohammadi H. The comparison between drainage, delayed excision and primary closure with excision and secondary healing in management of pilonidal abscess. *Int J Surg* 2006; 4(4): 228-31.
12. Vahedian J, Nabavizadeh F, Nakhaee N, Vahedian M, Sadeghpour A. Comparison between drainage and curettage in the treatment of acute pilonidal abscess. *Saudi Med J* 2005; 26(4): 553-5.
13. Ommer A, Pitt C, Albrecht K, Marla B, Peitgen K, Walz M. Pilonidal Sinus - Primary Closure also in Case of Abscess? *Zentralbl Chir* 2004; 129(3): 216-9.